

Faculté de Médecine de Paris

175

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 mars 1893, à 1 heure

Par EDGARD GUILLEMET

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 18 mars 1867

DE LA MORT DANS LA CHORÉE DE SYDENHAM

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. } JOFFROY, professeur.
 } GILBERT, ROGER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1893

Faculté de Médecine de Paris

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 mars 1893, à 1 heure

Par EDGARD GUILLEMET

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 18 mars 1867

DE LA MORT

DANS LA CHORÉE DE SYDENHAM

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. } JOFFROY, professeur.
 } GILBERT, ROGER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	TILLAX.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN.	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILÉAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTENESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur



DE LA MORT

DANS LA CHORÉE DE SYDENHAM

INTRODUCTION

La mort dans la chorée de Sydenham est rare, rarement elle est causée par la chorée elle-même. Le plus souvent elle est amenée par des complications. Ces complications sont nombreuses et diverses. Toutefois il en est quelques-unes dont la fréquence est telle, qu'elles ont une importance toute particulière pour l'étude de la mort dans la chorée. Ces complications sont les lésions cardiaques qui peuvent survenir pendant le cours de la chorée. Nous les étudierons tout spécialement et nous chercherons à voir quel est leur rôle comme causes de la mort dans la chorée de Sydenham. Nous verrons ensuite dans quelles conditions survient la mort lorsqu'elle est causée par la chorée elle-même indé-

pendamment de toute complication. Nous consacrerons aussi un chapitre spécial à une complication qui, par la brusquerie avec laquelle elle amène la mort a un intérêt tout particulier pour le pronostic de la chorée. Nous terminerons enfin par l'étude de la mort subite dans la chorée de Sydenham.

Mais, avant de commencer, nous tenons à remercier notre excellent ami, M. Guépin, interne lauréat des Hôpitaux qui nous a donné la première idée de ce travail.

Que M. le professeur Laboulbène, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse veuille bien nous permettre de lui adresser nos plus vifs remerciements.





CHAPITRE PREMIER

FRÉQUENCE DE LA MORT DANS LA CHORÉE.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la chorée sont unanimes pour reconnaître la bénignité habituelle du pronostic de cette maladie. « Dans l'immense majorité des cas, dit Ruz, la chorée est une affection exquise. »

Le pronostic, favorable d'une façon générale, reste encore très peu grave, si on s'occupe exclusivement de la terminaison fatale. Quelques auteurs ne font même pas mention de la mort, venant terminer une attaque de chorée.

C'est ainsi que Bouteille, Blache étudiant le pronostic de cette affection, sont muets sur la terminaison par la mort. Ce n'est que par exception, pour G. Sée, que la chorée fait succomber le malade. « La chorée de Sydenham, dit Charcot, ce n'est rien au point de vue du pronostic de l'affection. On n'a pas d'inquiétude si ce n'est de la voir récidiver et aussi parce qu'il y a connexité entre la chorée et le rhumatisme. Mais il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi. »

En effet, si tous les pathologistes ont insisté sur l'extrême rareté de la terminaison fatale dans le cours d'une chorée, ils n'en ont pas moins reconnu que cette terminaison se rencontre quelquefois. « Bien que la terminaison habituelle de la danse de Saint-Guy soit la guérison, cette maladie peut causer la mort. Quelques rares que soient ces faits, ils n'en sont encore que trop fréquents » (Trousseau).

Si maintenant on veut étudier la question de plus près, et contrôler l'opinion des auteurs par l'examen des statistiques, où les cas de mort ont été notés, on reste convaincu du bien fondé de cette opinion.

Sur 158 cas de chorée de Sydenham, G. Sée n'a vu la mort survenir que neuf fois. Depuis, plusieurs statistiques ont été faites en vue de rechercher la fréquence de la mort dans la chorée.

En Angleterre, Goodall (1), dans une analyse de 262 cas, ne trouve la mort que 11 fois; encore sa statistique comprend quelques cas de chorée observés chez des adultes, et doit être de ce fait encore plus favorable en ce qui concerne la chorée vulgaire.

Dans une thèse récente soutenue devant la Faculté de Lyon, Bonnaud, sur 235 cas de chorée observés à la clinique des maladies des enfants, ne note la mort qu'une seule fois.

Tout dernièrement enfin, Triboulet (Thèse de Paris, 1893) rapporte un tableau statistique de 327 cas

1. Goodall. Examen de 262 cas de chorée in *Revue d'Hygiène*, 1891.

de chorée de l'enfance, et la mort n'est notée que 8 fois.

D'après ces diverses statistiques, on peut conclure que, sur un ensemble de 982 cas de chorée, la mort est survenue 29 fois. Mais, ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut, il y a lieu, pour la chorée de Sydenham, la seule dont nous nous occupons dans cette étude, de ne tenir qu'un compte relatif de la statistique de Goodall. En additionnant les résultats des statistiques de G. Sée, Bonnaud et Triboulet, on arriva alors à trouver que la terminaison fatale survient, dans la chorée de Sydenham, 18 fois sur un ensemble de 720 cas, soit 2,5 pour 100.

Mais il nous faut aller plus loin, et rechercher quel est l'âge où la mort arrive le plus fréquemment dans le cours de la chorée.

Nous verrons aussi quelle peut être l'influence du sexe à ce point de vue.

Pour l'âge, il est admis par la majorité des auteurs que la mort survient surtout chez les sujets qui ont dépassé la puberté. Rare, très rare même chez les jeunes enfants, la terminaison fatale devient de plus en plus fréquente à mesure que les sujets observés sont pris parmi les adolescents et parmi les adultes. D'après Sturges (*Statistique de la mort dans la chorée*) (1), les cas de chorée mortelle appartiennent beaucoup plus fréquemment à l'âge de la puberté, et à la puberté de la femme. Dans le tableau des cas

1. *Lancet*, 1880.

de mort dans la chorée, dressé par M. Raymond, on trouve : que jamais la mort n'est survenue avant 7 ans, que de 7 à 14 ans la mort est un peu moins souvent observée que de 14 à 20 ans ; mais il ne ressort pas de cette statistique que l'âge de la puberté voit plus souvent la chorée avoir une terminaison fatale. D'après ce tableau même, et en raison de l'insignifiante augmentation des cas de mort après la puberté, qui y est notée, on pourrait conclure que, si la mort ne survient jamais avant 7 ans, dans la chorée de Sydenham, elle s'observe avec une fréquence à peu près égale de 7 à 20 ans, peut-être toutefois avec une légère prédominance entre 17 et 19 ans.

Il ne semble pas non plus que l'âge, où la mort a été le plus souvent notée, soit différent pour le sexe masculin et pour le sexe féminin.

Mais on est de suite frappé de la prédominance du sexe féminin. Nous ne croyons pas cependant qu'il faille en conclure que les femmes atteintes de chorée soient plus exposées à la mort que les hommes. Nous savons en effet que la chorée de Sydenham est beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Par suite, dans le relevé des cas mortels, on doit nécessairement trouver une prédominance du sexe féminin, sans que cela puisse impliquer un pronostic plus grave de la chorée chez la femme.

Cependant, telle ne semble pas être l'opinion de Sturges qui conclut (*loc. cit.*) : « La chorée, dans ses

formes mortelles, comme dans ses formes non mortelles, affecte une forte préférence pour le sexe féminin de tout âge. Les enfants toutefois en meurent rarement, et jamais, en pratique, on n'observe la mort chez les enfants du sexe masculin. »





CHAPITRE II

DES CAUSES DE LA MORT.

Nous allons rechercher dans ce chapitre quelles sont les conditions normales ou pathologiques qui peuvent être regardées comme favorisant la terminaison fatale de la chorée de Sydenham. Nous verrons si, chez certains sujets, le pronostic de la chorée doit être plus réservé que chez d'autres.

On a vu que pour certains auteurs, l'âge de la puberté est celui où la mort se rencontre le plus fréquemment. L'établissement de la fonction de reproduction serait une condition physiologique qui aurait sur le pronostic de la chorée une certaine influence. Cette influence se ferait surtout sentir chez la femme au moment de l'apparition des premières règles. C'est du moins l'opinion de Sturges (1). Nous avons vu que les observations où la mort est venue interrompre la marche d'une chorée, ne permettent pas de partager cette opinion de l'auteur anglais.

Sturges signale encore, comme aggravant le pro-

1. Sturgès, *Statistique de la mort dans la chorée* (*The Lancet*, 1880).

nostic. l'excitation sexuelle anormale. La masturbation a d'ailleurs été signalée comme une cause de la chorée de Sydenham. Mais, les observations, où la mort est notée, ne fournissent pas de renseignements sur ce point, et il est impossible de savoir quelle peut être l'importance de cette cause au point de vue du pronostic.

On a voulu attacher une grande importance pour le pronostic de la chorée à l'état mental antérieur du sujet. Nous voyons fréquemment, dans les observations de mort, que le sujet était en proie à des hallucinations, qu'il avait parfois de véritables attaques de manie aiguë. « Nous avons déjà fait la remarque que souvent la mort survenait dans les chorées aiguës, où l'on observait un délire intense ou un violent accès de manie; mais ce n'est pas là un résultat constant (1). »

Mais, indépendamment de la folie, les impressions mentales vives, la peur, l'inquiétude, le désespoir, lorsqu'elles ont précédé une attaque de chorée de Sydenham, pourraient faire porter un pronostic fâcheux. On trouve ces antécédents mentaux notés très souvent dans les observations de mort dans la chorée. Mais il ne faut pas se hâter d'en conclure qu'ils ont pu avoir une influence fâcheuse sur la marche, sur la terminaison de la maladie. On sait, en effet, que, dans l'étiologie de la chorée, ces troubles mentaux tiennent une grande place et qu'on

1. Breton. *Etat mental dans la chorée* (thèse de Paris, 1893, page 91).

les doit trouver mentionnés très souvent, aussi bien dans les observations où la chorée s'est terminée par la mort que dans celles où elle s'est terminée par la guérison.

Les états pathologiques antérieurs peuvent, ici comme dans toute maladie, favoriser la terminaison fatale. La chorée, bénigne si elle survient chez un sujet dont les antécédents sont bons, pourra devenir très grave si elle s'associe à un état pathologique qui a déjà détérioré plus ou moins l'organisme.

On a dit que le rhumatisme articulaire aigu, si souvent retrouvé dans l'étiologie de la chorée, était la cause la plus fréquente de la mort dans cette maladie. Nous répèterons, pour le rhumatisme, ce que nous avons dit plus haut pour les excitations mentales. Il est certain que l'on trouve le rhumatisme articulaire aigu mentionné, comme antécédent pathologique, dans le plus grand nombre des observations de chorée terminée par la mort. Sa fréquence, comparée à celle des autres antécédents pathologiques, est véritablement considérable. Mais, étant donné l'importance considérable du rhumatisme dans l'étiologie de la chorée, il n'est pas surprenant qu'on le retrouve très souvent mentionné dans les antécédents personnels ou héréditaires des malades qui meurent dans la chorée de Sydenham. Cependant, en face d'une fréquence si considérable de l'étiologie rhumatismale dans les cas de chorée mortelle, on ne peut s'empêcher d'y voir une cause de mort dans la chorée, des plus importantes. On

est parfaitement en droit d'admettre, étant donnée cette fréquente étiologie rhumatismale dans les cas de mort, que la chorée rhumatismale doit avoir un pronostic beaucoup plus sombre que celle dont l'étiologie est purement nerveuse, c'est le rhumatisme, en effet, qui amène, dans le cours de la chorée, des complications dont l'influence sur la terminaison fatale est considérable.

Mais, indépendamment des conditions pathologiques préexistantes, il est un autre ordre de cause de mort des plus important, dans la chorée de Sydenham. Nous voulons parler des complications qui surviennent pendant le cours de cette maladie. Leur influence sur la terminaison fatale est des plus considérables. Rarement la chorée non compliquée est mortelle ; presque toujours, lorsque la mort arrive, il y avait un état pathologique autre, qui était venu s'associer à la chorée. « La chorée n'est point grave par elle-même, dit Roger, dans ses *« Recherches cliniques sur la chorée »* (1), mais par la possibilité de complications sérieuses, possibilité qu'augmente la fréquence de ces récurrences. » Ce sont ces complications qui commandent le pronostic de la chorée, que nous allons maintenant passer en revue.

Ces complications sont nombreuses. Il est évident, en effet, que la chorée ne met le sujet qu'elle

1. Roger. *Recherches cliniques sur la chorée* (Arch. gén. de méd., 1868, tome I, page 410).

a atteint à l'abri d'aucune maladie. Tout au contraire, on pourrait supposer que l'état d'infériorité, où elle amène l'organisme, le rend beaucoup plus apte à devenir la proie des agents pathogènes. Et, de fait, si on parcourt les observations de chorée mortelle, on verra que les causes, auxquelles est rapportée la mort, sont des plus diverses.

Ce sera tantôt par des complications cardiaques, tantôt par des complications pulmonaires, que sera mort le choréique. Dans d'autres observations, au contraire, c'est l'encéphale qui est mis en cause; il y avait ramollissement, ou hémorrhagie, ou congestion. La substance cérébrale peut être elle-même atteinte, dans certains cas; dans d'autres, ce sont les enveloppes du cerveau ou de la moelle qui sont lésées. Il n'est pas jusqu'aux maladies infectieuses qui ne se trouvent mentionnées comme ayant amené la mort dans la chorée. La fièvre typhoïde, la diphtérie, et d'autres encore, ont là aussi leur place comme agents de mortalité. La tuberculose enfin, quoique, et ceci bien fait pour nous étonner, elle ne soit pas mentionnée fréquemment. En un mot, les complications qui ont causé la mort dans la chorée, sont à peu près toutes les maladies qui peuvent, en dehors de la chorée, atteindre les sujets jeunes.

Parmi ces complications productrices de la mort, dans la chorée, il en est qui se retrouvent avec une fréquence supérieure à celle de toutes les autres. Nous voulons parler des complications cardiaques. Nous verrons, dans le chapitre suivant, quelle est

leur importance considérable dans le sujet qui nous occupe. En pratique même, ces complications cardiaques doivent être regardées comme ayant seules une importance réelle dans le pronostic de la chorée, lorsque par elle-même cette maladie ne doit pas amener la mort. « Il n'y a aucune condition, sauf celle qui concerne le cœur, survenant avec une fréquence et une uniformité suffisantes pour pouvoir être regardée comme caractéristique de la chorée mortelle » (Sturges) (1).

Nous devons étudier maintenant les conditions, se rattachant à la chorée elle-même, qui peuvent, en dehors de toute complication, être regardées comme favorables à la terminaison mortelle de cette maladie.

Il serait intéressant de rechercher, tout d'abord, si la mort vient plus souvent terminer une première attaque de chorée, ou si au contraire elle est plus fréquente alors qu'il y a eu une ou plusieurs récurrences. On pourrait se demander, en effet, quelle peut être l'influence de ces récurrences, survenant à des époques plus ou moins éloignées, au point de vue de la terminaison fatale. *A priori*, on serait tenté de croire qu'un sujet chez lequel plusieurs attaques de chorée sont survenues, est plutôt désigné à la mort que celui qui est atteint pour la première fois. De même, on pourrait penser que le peu d'intervalle entre chaque récurrence doit avoir une influence mau-

1. Sturges, *op. cit.*

vaise, en ne permettant pas le rétablissement complet du sujet entre chacune d'elles. Cependant, les cas qui se sont terminés fatalement ne permettent pas, par le peu de renseignements qui les accompagnent sur ce point, de conclure ainsi et de porter un pronostic plus ou moins grave suivant le nombre ou la fréquence des rechutes. Parmi les observations de mort dans la chorée, où les récidives sont notées, celles où il est relaté que le malade avait eu plusieurs attaques antérieures, ne paraissent pas plus nombreuses que celles où il est dit que la chorée survenait pour la première fois. Il ne faut toutefois pas se hâter de conclure, car dans le plus grand nombre des observations, on a négligé de donner sur ce point des détails suffisants.

Le peu d'intervalle entre les attaques doit toutefois être considéré comme une cause de mort, en indiquant la gravité de la maladie. En effet, la gravité de la chorée est une cause importante de mort. Ce n'est pas seulement par des complications survenant pendant son cours que l'on meurt dans la chorée; mais, on peut mourir également, comme nous le verrons, sans que rien autre que la chorée ne puisse être invoqué pour expliquer la mort. La chorée est alors suffisante pour produire la mort des sujets qui en sont atteints.





CHAPITRE III

DE LA MORT PAR COMPLICATIONS CARDIAQUES.

Lorsqu'on parcourt les observations où la chorée s'est terminée par la mort, on est frappé du nombre considérable de cas, où la terminaison mortelle a été le résultat d'une lésion cardiaque. Le tableau dressé par M. Raymond dans le « *Dictionnaire encyclopédique* » (1), est sous ce rapport des plus instructifs. En effet, quoique dans la plupart des cas rapportés dans ce tableau, il ne soit pas dit expressément que le cœur ait causé la mort, quoiqu'on ne trouve la syncope et l'asystolie notées que dans quelques-uns des cas qui font partie de ceux qui peuvent être regardés comme étant des exemples de chorée de Sydenham, et non d'hémichorée ou de chorée gravidique, il est fait assez souvent mention de mort par des lésions cérébrales imputables à des lésions cardiaques. En effet, que la mort ait été causée, au cours d'une chorée de Sydenham, par apoplexie ou par ramollissement cérébral, on sait que la cause

1. Raymond, art. *Chorée* (*Dict. enc.*).

première de ces désordres survenus dans l'encéphale, il faut la rechercher dans un état pathologique du cœur. Il est assez important de rapprocher ces faits entre eux, et de les rapporter à leur véritable cause, si on veut avoir quelques notions de l'importance relative des diverses complications capables d'amener la mort dans la chorée.

D'ailleurs, est-il bien surprenant qu'il en soit ainsi? Est-ce que, *a priori*, on ne devait pas supposer que les complications qui pouvaient survenir le plus fréquemment dans le cours d'une chorée étaient les lésions cardiaques? On connaît, en effet, l'importance considérable du rhumatisme dans la chorée. Le mémoire de G. Sée (1) a depuis longtemps fait voir quelle place importante il fallait donner au rhumatisme articulaire aigu parmi les causes capables de produire ce désordre nerveux. Nous reconnaissons, bien entendu, ainsi que l'ont démontré des travaux plus récents, que le rhumatisme n'est pas tout, dans l'étiologie de la chorée, et que souvent c'est en vain que l'on recherche dans les antécédents d'un malade atteint de chorée le rhumatisme articulaire aigu. Mais il reste démontré cependant que très souvent le rhumatisme peut être mis en cause pour expliquer le développement de cette affection.

D'ailleurs, si les renseignements étiologiques faisaient défaut, les altérations trouvées à l'autopsie des malades morts de chorée viendraient démon-

1. G. Sée. *De la chorée et des affections nerveuses*, etc. (*Mémoires de l'Acad. de Méd.*, 1850).

trer, elles aussi, l'importance de la cause rhumatismale. En effet, souvent, très souvent même, il est noté dans les observations qu'on a trouvé à l'autopsie des altérations que le rhumatisme a souvent coutume de produire, des altérations cardiaques portant plus particulièrement sur l'endocarde, altérations dont les symptômes avaient été reconnus pendant la vie.

Mais, si le rhumatisme a été regardé comme une cause importante dans la production de la chorée, il occupe aussi une place des plus importantes et des moins contestées dans l'étiologie des affections cardiaques. La découverte de Bouillaud est acceptée de tous encore aujourd'hui.

Ainsi donc il n'est pas étonnant que, dans le cours d'une chorée de Sydenham, il survienne des complications cardiaques. Le rhumatisme articulaire aigu, cause très fréquente de lésions cardiaques, aussi bien que de chorée, doit, aussi bien lorsqu'il a déjà produit la chorée, que lorsqu'il existe seul, porter son action sur le cœur. Ceci pouvait, nous l'avons dit, être prévu *a priori*, et on aurait pu aussi savoir quelles étaient les lésions cardiaques. On sait en effet que le rhumatisme porte plus souvent son action sur l'endocarde que sur le péricarde, et qu'il touche plus souvent la valvule mitrale que les valvules aortiques ou tricuspide. Or, ce sont ces lésions que l'on retrouve le plus souvent dans les cas de chorée, et particulièrement dans les cas de chorée terminée par la mort.

Dans ces derniers faits, les lésions d'endocardites végétantes se rencontrent si souvent qu'on pourrait être tenté de faire du rhumatisme qui les a produites une cause importante de mort dans la chorée. Et de fait « la chorée rhumato-cardiaque, dit Roger, est une des plus redoutables affections qui abrègent la vie et empêchent l'enfant de devenir un homme (1). » Mais la notion de l'importance de l'étiologie rhumatismale dans la chorée suffit à tempérer cette affirmation.

A côté du rhumatisme, a pris place, dans ces derniers temps, dans l'étiologie de la chorée, la notion de l'infection. Une thèse récente, soutenue par M. Triboulet devant la Faculté de Paris (2), a bien exposé le rôle de ce nouveau facteur étiologique. Mais cette nouvelle théorie ne peut que confirmer ce que nous venons de dire de la fréquence des complications cardiaques dans la chorée. En effet, si le rhumatisme est très souvent en cause dans l'étiologie de l'endocardite, il n'est cependant pas seul à la produire. On connaît parfaitement aujourd'hui les endocardites qui se produisent dans le cours des maladies infectieuses, et qui sont dues à l'action des microbes pathogènes. Donc avec la notion étiologique de l'infection, comme avec celle du rhumatisme, les complications cardiaques se comprennent parfaitement dans la chorée de Sydenham. Leur fré-

1. Roger (*loc. cit.*).

2. Triboulet. *Du rôle possible de l'infection dans la chorée* (Thèse de Paris, 1893).

quence se retrouve, avec l'une ou l'autre théorie, parfaitement expliquée.

Voyons maintenant quelles sont, parmi les complications cardiaques de la chorée, celles qui se rencontrent le plus souvent et qui peuvent être la cause de la mort survenant dans la chorée.

Les altérations de l'endocarde sont, nous avons vu pourquoi, les plus fréquentes ; mais elles ne sont pas les seules, on peut aussi trouver la péricardite mentionnée dans les observations de chorée de Sydenham.

L'endocardite qui semble se rencontrer le plus habituellement, d'après les descriptions données par les auteurs, lorsque la mort a été la conséquence d'une lésion de l'endocarde, est l'endocardite végétante.

Cette endocardite végétante est, lorsqu'elle survient dans la chorée de Sydenham, ce qu'elle est toujours habituellement. Sur la face des valvules battue par le courant sanguin, se développent des granulations disposées plus particulièrement sur le bord libre de ces valvules. Ces granulations, d'apparence verruqueuse, se rencontrent surtout sur le bord libre de la valvule mitrale. Là, elles bordent comme une collerette l'orifice auriculo-ventriculaire. Parfois elles sont plus nombreuses sur le segment postérieur de cette valvule que sur son segment antérieur. Ces granulations, comme dans toute endocardite, sont constituées par la prolifération du tissu vasculaire du bord libre des valvules. Elles

sont de consistance plus ou moins dure, souvent friable; elles sont recouvertes de fibrine qui contribue à augmenter leur volume. Parfois ces végétations n'adhèrent à la valvule que par un pédicule mince et pendent à l'orifice auriculo-ventriculaire, où elles sont continuellement battues par le courant sanguin (Obs. I). On conçoit le danger qui en résulte. Ces végétations friables et pédiculées, peuvent, sous l'influence du courant sanguin, former des embolies qui sont lancées dans la circulation générale.

De semblables lésions sont le plus souvent diagnostiquées pendant la vie du malade, et cela d'autant mieux que, leur fréquence dans la chorée étant connue de tous, on les recherche avec grand soin chez les choréïques,

C'est ainsi que l'on trouve noté fréquemment dans les observations de chorée de Sydenham, un bruit de souffle au premier temps et à la pointe. Ce bruit ne dénote pas seulement une lésion valvulaire ancienne avec insuffisance mitrale; il peut parfaitement être produit par la présence des végétations qui bordent la valvule mitrale. Ce souffle est, ici comme dans toute endocardite, précédé de symptômes plus difficilement perceptibles, tels que les modifications qui surviennent dans le timbre des bruits cardiaques qui deviennent plus voilés. Il se propage vers l'aisselle, et son timbre est doux en général. Dans quelques cas, il est accompagné d'éréthisme cardiaque, se traduisant par une impulsion violente. Ici on

pourrait rechercher le choc vibrant, prolongé de la pointe, que Jaccoud donne comme un bon signe de début de l'endocardite. Mais, en raison des mouvements incessants que présente le malade, le diagnostic de l'endocardite sera assez difficile, surtout au début, et ce n'est guère que lorsque le souffle systolique de la pointe sera bien net qu'on pourra se prononcer. D'autant que souvent, dans le cours de la chorée, on rencontre des bruits de souffle dus à l'anémie. Toutefois, la localisation exacte de ces derniers bruits à la base, et dans les vaisseaux du cou, pourra aider singulièrement le diagnostic. Celui-ci sera encore rendu plus difficile par la tachycardie et l'irrégularité des battements cardiaques, tenant à la chorée elle-même. Néanmoins, le diagnostic peut être porté le plus souvent. Cependant, l'endocardite a pu être méconnue pendant la vie du malade (Obs. I). L'élévation de la température, qui accompagne le développement de l'endocardite, pourrait, en l'absence d'autres symptômes, et alors qu'elle s'observe dans une chorée de moyenne intensité, faire reconnaître la lésion de l'endocarde et le danger que court le malade. C'est ainsi que dans le cas rapporté par Baxter (1), et comme le fait remarquer cet auteur, le diagnostic d'endocardite aurait pu être porté par l'élévation de la température à 38°,3, sans cause apparente (Obs. I).

Que la lésion ait été diagnostiquée ou non, la

1. Brain, avr'l 1870, p. 124.

mort arrivera, lorsqu'elle sera causée par l'endocardite végétante, par une complication survenant du côté de l'encéphale, des végétations friables qui recouvrent les bords libres de la mitrale, peuvent en effet se détacher sous l'effort du courant sanguin et être lancées dans le torrent circulatoire. Alors, si l'embolie arrive jusque dans le cerveau, vont se dérouler des accidents formidables, et la mort est la conséquence d'un ramollissement cérébral. Et, de fait, dans maintes observations, où la chorée s'est terminée par la mort, on a retrouvé à l'autopsie le ramollissement des circonvolutions cérébrales.

Les symptômes que présentera le choréïque atteint d'un ramollissement cérébral par embolie, ne différeront évidemment pas de ceux qu'on retrouve dans le ramollissement cérébral indépendant de la chorée. Toutefois, les désordres nerveux symptomatiques de la chorée pourront rendre plus obscur le diagnostic de cette complication. C'est ainsi que le coma survenant brusquement, par le fait de l'embolie cérébrale, pourra être confondu avec celui qui survient parfois dans le cours de la chorée, et du fait même de cette maladie. De même pour les troubles de la parole, de même aussi pour l'hémiplégie. On voit parfois, en effet, des paralysies survenir dans le cours de la chorée, et constituer ce que l'on a appelé la chorée molle (1). Ces symptômes pourront d'autant mieux induire en

1. Ollive. *Des paralysies chez les choréïques* (Thèse de Paris, 1881).

erreur, qu'il est une théorie pathogénique de la chorée qui veut que cette affection soit produite par une embolie cérébrale. C'est la théorie défendue par Tuckwell. Toutefois, l'analyse exacte des symptômes permettra de se rendre compte de la complication qui vient de se produire.

On trouve aussi notée l'asystolie comme cause de mort chez les choréïques ; mais, cette asystolie ne doit guère avoir le temps de se produire pendant l'attaque de chorée. Elle emportera plutôt le malade dans les années qui suivront la chorée, mais ce fait ne nous occupe pas ici. Toutefois, quoique les symptômes généraux résultant d'une complication cardiaque soient rares dans le cours d'une chorée, il est bon de noter que l'asystolie a pu être accusée de la mort du choréïque.

Mais l'endocarde n'est pas seul atteint dans le cours de la chorée de Sydenham. On rencontre aussi parfois à l'autopsie des choréïques des lésions du péricarde. Aussi la péricardite peut-elle être regardée comme une cause de mort dans la chorée. On retrouvera ici encore les symptômes de la péricardite venant se joindre à ceux de la chorée. Ici, encore, ces symptômes pourront être confondus avec les signes pathologiques cardiaques que l'on trouve fréquemment dans la chorée. C'est ainsi que l'angoisse, la gêne précordiale produite par la péricardite pourra être confondue avec celle qui survient du fait de la tachycardie choréïque. Le frottement de la péricardite sèche pourra être difficile

à trouver chez un choréïque en proie à des mouvements continuels, et il pourra dans ces conditions être confondu avec les souffles anémiques que l'on trouve souvent dans la chorée. Si l'épanchement se fait, il deviendra beaucoup plus facile de diagnostiquer la péricardite. La matité, descendant au-dessous du point où bat la pointe du cœur, sera ici d'un grand secours pour le diagnostic.

La mort peut survenir chez le choréïque atteint de péricardite, comme elle peut survenir chez tout sujet atteint de péricardite. La syncope mortelle, notamment, peut venir brusquement terminer la scène, la mort pourra se produire, ici comme dans toute complication de la chorée, soit pendant le cours d'une chorée intense, avec agitation extrême et mouvements désordonnés violents, soit pendant le cours d'une chorée de moyenne intensité, et alors que, d'après les seuls symptômes choréïques, le pronostic eut pu paraître bénin.

L'endocardite et la péricardite peuvent être réunies chez le même malade. C'est ce qui eut lieu dans le cas, n° 71, du tableau de Raymond (1), où la mort survint par asystolie, du fait de l'endocardite et de la péricardite réunies.

La mort peut encore résulter dans la chorée de la myocardite. L'autopsie des choréïques montre souvent que le muscle cardiaque est altéré. On trouve noté, en mainte observation, la mollesse, la flacci-

1. *Dict. encyc. art. chorée.*

dité du muscle cardiaque. Et le rôle que joue l'infection dans l'étiologie de la chorée permet d'expliquer cette altération du myocarde.

La myocardite, qui demande toujours à être recherchée, pourra facilement être méconnue dans la chorée de Sydenham. L'irrégularité des battements du cœur pourra, ainsi que celle que l'on trouve dans la péricardite, être confondue avec celle qui est due à la chorée sans complications de lésions organiques du cœur. Il sera aussi bien difficile de reconnaître le souffle doux et variable de la pointe, révélateur de la myocardite, au milieu des phénomènes d'une chorée intense. Aussi la mort pourra survenir brusquement par syncope, du fait de la myocardite, alors que cette altération du muscle cardiaque n'était pas diagnostiquée.

A côté de ces altérations matérielles du cœur, on a signalé une chorée du cœur. Elle est caractérisée par l'irrégularité et la fréquence des battements cardiaques. Cette chorée du cœur s'observe surtout dans les cas de chorée intense. Elle serait assez fréquente. Cependant Triboulet (1) dit ne l'avoir observée que cinq fois sur 22 cas qu'il a pu étudier. Cette névrose cardiaque a été bien étudiée par M. Ollivier (2).

Quelle que soit l'interprétation qu'on ait donnée pour expliquer la pathogénie de ce phénomène, qu'on veuille voir dans l'arythmie « le résultat d'un

1. *Loc. cit.*

2. Ollivier. *Leçon clinique*; (Cité in thèse de Triboulet).

spasme d'un petit pilier », ou que l'on admette avec F. Franck, « que le muscle cardiaque ayant toutes ses fibres synergiques, il ne peut y avoir dissociation de ce genre dans la contraction, et que tout s'explique par l'action du pneumogastrique, qui, sous l'influence d'une excitation directe entraîne un relâchement du myocarde, par perte ou par diminution du tonus des muscles papillaires, d'où dilatation du cœur (souffle), d'où aussi l'arythmie, le cœur répondant suivant les instants trop lentement ou trop vite à l'incitation nerveuse » (1), il n'en est pas moins vrai que c'est là un phénomène grave qui peut amener la mort subite chez le choréïque. Peut-être est-ce cette chorée cardiaque qui peut expliquer la mort dans le cas rapporté dans l'observation X, où une chorée de moyenne intensité fut terminée brusquement par la mort, alors qu'aucun symptôme ne pouvait faire prévoir cette terminaison, si ce n'est un peu de fréquence et d'irrégularité des battements cardiaques.

Que le cœur amène la mort du choréïque par ses altérations organiques, ou par le seul fait d'une anomalie de fonctionnement, cette terminaison peut se rencontrer dans des circonstances diverses au cours de la chorée de Sydenham.

Nous avons déjà insisté sur ce point, que la mort causée par un état pathologique du cœur peut survenir au cours d'une chorée grave, comme pendant l'évolution d'une chorée de moyenne intensité. On

1. Triboulet (*loc. cit'*).

peut la voir survenir même alors que la chorée est presque bénigne d'après ses symptômes propres.

Nous avons aussi étudié la fréquence avec laquelle on retrouve les complications cardiaques comme cause de la mort dans la chorée. Il nous reste à rechercher maintenant à quel moment, pendant le cours d'une chorée, survient la mort amenée par ces complications.

Cette époque est très variable. Cependant la mort semble survenir avec un peu plus de fréquence vers la fin de la seconde semaine ou le commencement de la troisième après le début de la chorée.

L'âge des malades choréïques qui sont morts du fait des complications cardiaques est aussi très variable.





CHAPITRE IV

DE LA MORT PAR HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

Parmi les états pathologiques de l'encéphale retrouvés à l'autopsie des choréïques, l'hyperhémie est surtout fréquente. Le plus grand nombre des observations la mentionne, en effet. On la retrouve même, alors que la mort semble due à une toute autre cause. C'est ainsi que sur les 80 cas du tableau de Raymond, elle est signalée 37 fois. Les quelques observations de mort dans la chorée, que nous avons pu réunir la mentionne aussi fréquemment.

Cet état hyperhémique peut amener la mort par congestion cérébrale; et de fait on retrouve cette cause de mort indiquée dans les observations de chorée mortelle. Mais ce n'est pas seulement par la congestion cérébrale que cet état hyperhémique de l'encéphale acquiert une certaine gravité pronostique dans la chorée de Sydenham. Parfois cette tension sanguine dans les vaisseaux de l'encéphale a été assez forte pour produire une hémorrhagie cérébrale presque foudroyante.

Cette complication de la chorée, amenant la mort presque subitement, n'est pas fréquente. Mais, vu sa gravité extrême, elle doit être signalée ici. Elle peut en effet se produire alors que rien ne la faisait prévoir, et que la chorée par elle-même paraissait peu grave. Elle est d'autant moins prévue alors que les sujets atteints de chorée de Sydenham sont jeunes, et que ce n'est pas habituellement chez des sujets de cet âge que survient l'hémorrhagie cérébrale.

L'observation rapportée par Buchanan Baxter (Obs. I) (1), nous montre bien toute la gravité de cette complication. Voici, d'après cette observation, comment les choses peuvent se passer.

Un malade est amené à l'hôpital, atteint de chorée de Sydenham. La chorée est de moyenne intensité. Les mouvements désordonnés sont cependant assez forts pour empêcher le malade de marcher et de manger seul. Le cœur examiné avec soin ne présente rien d'anormal. En somme, le pronostic semble favorable. D'autant mieux que le malade peut être très jeune (8 ans dans l'observation de Baxter) et que l'on connaît la bénignité habituelle de la chorée à cet âge. Le cas paraît d'autant moins grave que quelques jours après son entrée, les mouvements choériques que présentait le malade ont diminué à ce point qu'il se lève et peut marcher et manger seul. Cependant il se plaint souvent de

1. Brain, avril 1879.

maux de tête, et la température, sans causes apparentes, s'élève jusqu'à 38°,3. On n'en maintient pas moins le pronostic favorable.

Puis, tout-à-coup, après son dîner, le malade tombe par terre. On le relève, et on constate qu'il est dans le coma, que le bras et la jambe d'un côté sont dans une rigidité complète. Il n'y a pas de mouvements convulsifs, la face est pâle, les joues sont soulevées à chaque expiration. Le malade reste dans cet état pendant deux heures, et meurt sans avoir repris connaissance.

On fait l'autopsie, et on trouve un épanchement sanguin ayant inondé les ventricules. Cet épanchement peut être considérable. Dans le cas de Baxter, les ventricules latéraux, le ventricule moyen, le quatrième ventricule étaient remplis par le caillot résultant de l'hémorrhagie. On ne put découvrir ni anévrysme, ni embolie. Toutefois, en raison des altérations valvulaires du cœur gauche, l'auteur n'hésite pas à conclure que, dans ce cas l'hémorrhagie a été causée par une embolie venue se loger dans l'artère de l'hémorrhagie cérébrale. En amont de cette obstruction, la pression sanguine aurait été suffisante pour produire la déchirure du vaisseau et de l'hémorrhagie. Ainsi, ici encore, on retrouverait l'influence de l'endocardite dans la production de la mort chez le choréïque.





CHAPITRE V

DE LA MORT SANS COMPLICATIONS.

Il est des cas, tous les auteurs en ont cité des exemples, où la chorée peut se terminer par la mort, sans que l'on puisse invoquer l'influence d'une complication quelconque. La chorée a évolué seule, et à elle seule doit être rapportée la mort.

C'est généralement dans le cours d'une chorée intense que la mort survient ainsi, sans être amenée par une complication. « Suivant les auteurs, c'est toujours une chorée avec mouvements intenses qui se termine fatalement, c'est ce que professent, dans leurs travaux, MM. Barrier, Barthez et Rilliet, Romberg (*Nervankrakh*, t. I, liv. II), Sée (*Mémoire sur la chorée*), Rufz et enfin M. Tood (London, *Med. gaz.*, 1850); et, en effet, ces mouvements sont toujours décrits comme offrant une intensité extrême dans les diverses observations que nous avons indiquées plus haut. Chez tous les malades les mouvements étaient généraux, tellement violents qu'on était obligé de maintenir les malades attachés, et qu'un d'entre eux s'était brisé pendant les mouve-

ments convulsifs, toutes les incisives supérieures et deux des inférieures » (1).

Dans les observations II, III, IV et suivantes, nous voyons la mort arriver au milieu de ces symptômes extrêmement graves dont parle Leudet. C'est ainsi que la malade citée dans l'observation de Mit-chinson est amenée à l'hôpital dans un état d'agitation extrême, les membres sont agités de spasmes continuels. Ailleurs (Obs. III), le malade très agité crie et se jette de tous côtés, les mouvements désordonnés sont d'une grande violence, et pour les faire cesser, il faut donner le chloroforme. Parfois les mouvements sont si violents qu'il faut attacher le malade ou l'enfermer dans une chambre capitonnée pour éviter les contusions. En effet, les membres lancés de côté et d'autre peuvent venir frapper les barreaux du lit et il en résulte des contusions, des plaies même qui peuvent s'étendre jusqu'à l'os. De là des complications résultant de phlegmons, d'érysypèle qui surviennent parfois.

Les muscles des membres ne sont pas seuls atteints, la figure est constamment grimaçante, la langue est projetée hors de la bouche, les arcades dentaires sont successivement écartées et rapprochées avec violence. La langue peut alors être saisie entre elle et fortement mordue, et alors peut survenir une glos-site (Obs. VI). La face peut être congestionnée ou au contraire pâle. Les yeux présentent du nystagmus.

1. Leudet (*Arch. gén. de méd.*, 1855, vol. II, p. 285).

L'agitation choréïque est telle que tout sommeil est impossible, c'est à peine si le chloral amène parfois un peu de sommeil pendant lequel les mouvements cessent généralement. Plus souvent, dans ces cas d'une intensité extrême, toute médication échoue, et on ne peut faire prendre un peu de repos au malade qu'en l'endormant avec le chloroforme. La température peut, dans ces conditions, être très élevée, on l'a vue monter jusqu'à 42° (Obs. II).

Les diverses fonctions au milieu de cette agitation sont profondément troublées. La défécation, la miction deviennent inconscientes.

La déglutition est des plus difficile, et il faut alimenter le malade avec la sonde œsophagienne.

Les muscles de la respiration se prennent eux-mêmes. La respiration est difficile, saccadée, irrégulière (Obs. VI), sa fréquence est augmentée, et chaque inspiration ne réussit qu'à faire pénétrer que peu d'air dans les alvéoles pulmonaires.

La parole est difficile, elle est inintelligible, impossible même; et le malade parvient seulement à émettre des cris inarticulés.

En proie à de semblables désordres, le malade est dans un état d'anxiété extrême. Son visage exprime la terreur. Le délire peut survenir, et le malade, dans une agitation extraordinaire est tourmenté par des hallucinations et pousse des cris aigus. Il peut y avoir du délire furieux. La manie aiguë peut se rencontrer même, le malade est atteint de folie (Obs. VI et suiv.) Mais ce dernier phénomène ne semble

pas dépendre complètement de la gravité extrême de la chorée. Le malade est halluciné surtout parce qu'il est prédisposé, héréditairement, ou par ses antécédents personnels, aux affections mentales, et la chorée n'a fait que réveiller chez lui un état latent.

Au milieu de ces phénomènes, la mort peut survenir et terminer la scène, le malade mourant subitement, l'agitation et les mouvements désordonnés persistant jusqu'à la fin.

D'autre fois, à l'agitation du début, aux mouvements violents et continuels, fait place la tranquillité. Le malade, comme épuisé, s'affaiblit de plus en plus, et il meurt dans le coma.

« Dans les cas où la chorée doit avoir une issue funeste, on voit les mouvements acquérir progressivement une violence excessive, l'on a peine à contenir les malades, même en employant une force considérable ; ils brisent les liens dont on les entoure, se roulent en bas de leur lit, en un mot, le désordre des mouvements est presque aussi grand que celui qu'on observe dans certaines attaques d'épilepsie. Puis, subitement, la violence des contractions diminue, pour faire place à des soubresauts des tendons, l'intelligence est abolie, les pupilles sont contractées, la mâchoire serrée, la respiration difficile, et la mort vient terminer la scène » (Rilliet et Barthez).

Les lésions trouvées à l'autopsie, dans de semblables conditions, consistent généralement en une hyperhémie plus ou moins prononcée de l'encéphale.

Encore ne retrouve-t-on pas ces lésions dans tous les cas, et parfois il est impossible de rien découvrir d'anormal.

Pour expliquer la mort dans ces cas, on a invoqué l'épuisement nerveux qui doit résulter d'une agitation aussi incessante et aussi continuelle. Le malade meurt épuisé.

D'autre fois, pour expliquer la mort, on a accusé les complications qui résultent des blessures qui sont produites par les mouvements violents. L'érysipèle, la septicémie, auraient ici encore leur rôle, tout au moins en affaiblissant le malade.

La mort pourrait aussi être produite par l'inanition résultant de la difficulté d'alimenter les malades. Elle pourrait enfin survenir au moment où les désordres musculaires, ne restant plus cantonnés dans les muscles volontaires, s'empareraient des muscles de la respiration. La fréquence, l'irrégularité des battements cardiaques, l'irrégularité de la respiration sont alors d'un fâcheux pronostic, car ils annoncent que l'incoordination s'étend à la sphère du pneumogastrique et que les fonctions indispensables à la vie vont être compromises.

Cette terminaison fatale de la chorée au milieu de tels symptômes a été mise aussi sur le compte du rhumatisme cérébral. La mort aurait encore lieu ici par complication.

Le moment où arrive la mort dans les cas que nous venons de décrire est très variable. Elle a pu survenir 130 heures après le début de la chorée

(Obs. IV); d'autres fois, ce n'est seulement que 31 et même 42 jours après le début de la maladie que la terminaison fatale s'est produite (1):

Mais à côté des faits, où l'intensité extrême de la chorée devait faire porter un pronostic fâcheux, il est des cas où, alors que la chorée était d'intensité moyenne, la mort n'en est pas moins venu terminer la scène, sans qu'aucune complication puisse être invoquée pour l'expliquer. « On aurait tort, dit Leudet (2), de vouloir établir le pronostic d'une manière absolue d'après l'intensité des mouvements. Le pronostic serait souvent erroné, » et il rapporte une observation où la mort survient, sans complications, dans un cas de chorée de Sydenham d'intensité moyenne. Nous rapportons une observation (Obs. X) où en l'absence de toute complication, et dans le cours d'une chorée moyenne, la mort survint brusquement alors que la malade était déjà considérée comme presque guérie. La théorie qui explique la mort par l'épuisement ne pourrait être applicable dans ces cas.

1. Raymond, *loc. cit.*

2. *Loco cit.*





CHAPITRE VI

DE LA MORT SUBITE.

Il arrive parfois, dans le cours de la chorée de Sydenham, que le malade meurt presque subitement. On ne l'entend plus remuer, on s'approche de son lit, et on le trouve mort. C'est ainsi que les choses se sont passées dans l'observation VII. Mais la mort quoique brusque avait pu être prévue dans ce cas. L'intensité de la chorée était en effet extrême ; elle était accompagnée de manie aiguë, symptôme toujours fâcheux, nous l'avons vu. Par conséquent la mort pouvait être prévue.

Mais il est des cas où la mort survient subitement alors que rien ne pouvait la faire prévoir. La chorée n'a pas une intensité anormale, elle semble évoluer sans complications, et brusquement le malade meurt. L'autopsie peut alors rendre compte de la mort, en dévoilant des complications qui n'avaient pas été diagnostiquées pendant la vie du malade. D'autres fois, comme dans le cas de Leudet, c'est en vain qu'on cherche une altération quelconque des organes pour expliquer la mort.

Nous avons vu, en étudiant les complications cardiaques qui peuvent amener la mort dans le cours de la chorée de Sydenham, que parfois ces complications peuvent être difficiles à diagnostiquer.

Cependant, comme dans la chorée on s'attend toujours à trouver des symptômes cardiaques, le cœur est ordinairement examiné avec grand soin. Il doit être rare, dans ces conditions, que la mort soit amenée par des complications cardiaques sans avoir été prévue. Le cas rapporté par Baxter cependant (Obs. I), où, après que le malade fut emporté presque subitement par une hémorrhagie cérébrale, l'autopsie démontra des lésions d'endocardite végétante très avancées, lésions qui n'avaient pas été diagnostiquées pendant la vie, fait voir que la lésion du cœur peut passer inaperçue pendant la vie du malade. Dans ce cas, en effet, comme le fait remarquer l'auteur lui-même, on avait examiné le cœur avec le plus grand soin, et aucun bruit anormal n'avait pu être trouvé.

Le cas qui est rapporté dans l'observation X doit être rapproché du précédent. C'était un cas de chorée moyenne survenue chez une malade jeune (16 ans). Les mouvements choréïques, quoique continuels, n'étaient pas violents; il n'y avait pas de délire, pas de troubles mentaux. Quoiqu'il n'y avait pas de rhumatisme dans les antécédents de la malade, le cœur fut examiné très soigneusement. On trouva à la base un bruit de souffle anémique, et on crut trouver à la pointe un bruit anormal très léger. Ce bruit

était si peu net, que l'on ne put préciser si c'était un souffle ou un frottement. Tout allait bien par ailleurs, le pronostic pouvait être regardé comme favorable. Toutefois, on nota une irrégularité dans les mouvements respiratoires et cardiaques. Puis, brusquement la malade meurt. On ne l'entend pas remuer, on pense qu'elle s'est endormie, et on la trouve morte. Quelques instants avant, les mouvements choréïques avaient pris une intensité inaccoutumée. L'autopsie qui ne put être faite aurait peut-être rendu compte de la mort subite dans ce cas.

Cependant, nous avons vu dans le chapitre précédent, qu'il est des cas où la chorée s'est terminée par la mort, alors qu'elle était d'intensité moyenne, et alors qu'il n'était pas survenu de complication. Leudet (1) a rapporté l'observation d'un cas de ce genre, où la mort survint brusquement au cours d'une chorée de moyenne intensité, et où l'autopsie ne put révéler aucune lésion.

Quelqu'ait pu être le mécanisme de la mort de ces cas, on peut en tirer cette conclusion que, même lorsque la chorée a une intensité moyenne, et alors qu'il ne s'y joint aucune complication, le pronostic doit toujours être réservé, car la mort peut survenir brusquement sans que rien ait pu la faire prévoir.

1. Leudet, *loc. cit.*

OBSERVATION I

(Buchanan Baxter. Brain, avril 1879).

Chorée. Mort par hémorrhagie cérébrale.

A... R..., âgée de 8 ans, fut admise dans mon service à Evelina Hospital le 31 janvier 1878. Elle avait toujours joui d'une bonne santé jusque-là, si ce n'est qu'elle fut atteinte de rougeole, environ trois ans avant son admission. Elle eut alors une attaque de chorée qui dura environ six mois. La maladie ne fut pas grave, car elle ne garda pas le lit, et fut soignée seulement deux ou trois fois, à la consultation externe. Elle n'a pas eu de frayeur, mais elle avait coutume de jouer avec un enfant qui souffrait du même désordre. Elle se plaignait quelquefois d'éprouver dans les jambes des douleurs « rhumatismales » ; mais les articulations ne furent jamais enflammées.

Cependant il y avait du rhumatisme dans la famille de sa mère. En octobre 1877, la chorée reprit, et les mouvements, quoiqu'ils n'aient jamais été très violents, le furent cependant assez pour l'empêcher de marcher et de manger seule. Elle fut alors amenée à mon collègue, le Dr Hayes, qui l'envoya aussitôt dans nos salles.

Au moment de son entrée, la malade présente des spasmes des mains et des pieds. Ces spasmes sont d'une faible intensité, et ne sont pas plus marqués d'un côté que de l'autre. On examine soigneusement le cœur ; ses bruits sont remarquablement clairs et bruyants, mais ils ne sont accompagnés d'aucun souffle.

Le 8 février. — L'observation porte : « La malade se plaint souvent de mal à la tête. La température oscille entre 36°,6 et 38°,3, sans cause apparente.

Elle peut marcher sans aide, et mange seule. Les spasmes sont très faibles. »

Le 9. — Elle dîne comme de coutume. A 4 heures du soir, le chirurgien de garde, M. Paley, est appelé près d'elle. On lui raconte que la malade vient de vomir, qu'elle est tombée et s'est beaucoup débattue. Il la trouve dans un coma complet, avec une rigidité marquée du bras et de la jambe droite, qui sont dans l'extension complète. Pas de mouvements convulsifs. Les pupilles sont égales, insensibles à la lumière, sans dilatation anormale. La face est pâle. Les joues se soulèvent au moment de l'expiration, pas de stertor. Elle ne reprend pas connaissance, et meurt tranquillement à 6 h. 30 du soir.

Autopsie faite le 11 février. — Le corps est bien conformé. Le bras droit est fléchi à angle droit ; le bras gauche est un peu raide. Les pupilles sont modérément dilatées, égales. L'urine retirée de la vessie est pâle, un peu trouble, et contient des traces d'albumine.

Lorsqu'on enlève le cerveau, on voit un petit caillot situé sous l'arachnoïde, juste sous la pointe du calamus scriptorius. En soulevant la moelle allongée, on voit que le caillot se prolonge dans le quatrième ventricule. On retourne alors le cerveau. En sectionnant l'hémisphère gauche, on trouve un gros caillot, ressemblant à de la gelée de groseille noire, qui occupe une cavité parallèle au quatrième ventricule, mais extérieure à lui. Ce caillot mesure 7 cent. 62 de longueur, 5 cent. 08 de largeur et 2 cent. 54 d'épaisseur. La cavité qui le contient a des parois tout à fait lisses, sauf sur un ou deux points. Elle communique par une petite fissure avec la corne antérieure du ventricule latéral gauche. La fissure de communication se trouve juste en avant du corps strié qu'elle n'entame nullement. A travers cette ouverture, un peu de sang avait coulé dans le ventricule et y formait un caillot triangulaire, long et mince.

En outre, une petite quantité avait pénétré, à travers le trou de Monro, dans le ventricule latéral droit. Le sang avait de plus fusé, à travers le troisième ventricule, jusque dans le quatrième, où on le découvrit tout d'abord. Le premier foyer, ainsi qu'il a été noté, était situé tout-à-fait en dehors du ventricule. On a noté plus particulièrement que les noyaux lenticulaire et caudé, ainsi que la capsule interne, étaient intacts; à la vérité, une mince couche de la capsule externe était encore adhérente au corps strié, et formait la paroi interne de la cavité occupée par le sang extravasé. Le corps strié devait être comprimé, mais il n'était pas autrement lésé. Toutes les tentatives faites pour découvrir la source exacte de l'hémorrhagie échouèrent : on ne put trouver à l'œil nu ni embolie, ni anévrysme. Les parois des plus grosses artères paraissaient absolument saines.

Les poumons étaient oedématiés, mais normaux par ailleurs. Le muscle, les séreuses et les valvules du cœur étaient sains, avec cette exception importante que le bord inférieur du segment postérieur de la valvule mitrale était garni, sur sa face auriculaire, d'une rangée de petites excroissances verruqueuses. Sur un point, une masse lobulée molle, d'environ un pouce de long, attachée par un pédicule relativement mince, pendait dans l'orifice auriculo-ventriculaire. Sa consistance était molle et friable. Le bord correspondant du segment valvulaire antérieur présentait quelques végétations verruqueuses peu nombreuses, de consistance dure.

Le rein droit était très altéré. Une grande partie de sa substance présentait des taches emboliques jaunâtres, entourées par d'étroites zones hyperhémisées. Le rein gauche ne présentait qu'une tache semblable de faible étendue; le reste de son tissu était profondément congestionné. La rate était grosse, plutôt molle, et contenait un infarctus de la grosseur d'un œuf de pigeon. Le foie et les autres organes étaient sains.

OBSERVATION II

(Mitchinson. — *Lancet*, 11 mai 1889). — Chorée aiguë mortelle.

Sarah B..., âgée de 21 ans, célibataire, fut admise, le 3 septembre 1888, pour une chorée intense. Elle avait eu quatre attaques de chorée antérieures de gravité croissante : la première à l'âge de six ans, et la quatrième sept mois avant la présente attaque, qui a commencé le 26 août. Elle n'a jamais eu de rhumatisme aigu, et rien n'explique sa maladie. Les règles étaient régulières.

Au moment de son admission, la malade présente un cas de chorée du caractère le plus aigu ; tout le corps est atteint. La malade est très bruyante et très agitée ; les coudes et les genoux sont irrités par des mouvements constants. L'auscultation du cœur fait entendre un faible murmure systolique à la pointe. La température est de 39°,4.

On prescrit deux grains de sulfate de zinc, trois fois par jour, avec une potion pour le soir contenant du cannabis indica et du bromure de potassium.

Le 5 septembre, la température s'est élevée à 40°,1, et les mouvements sont plus violents.

On cesse le sulfate de zinc, et on donne 15 grains de salicylate de soude toutes les 4 heures, mais sans aucun effet sur la température.

6 septembre. — La malade n'a pas dormi, elle est délirante et très agitée, les lèvres sont couvertes de fuliginosités. Le pouls est à 144 ; la température à 6 heures du soir est à 40°,7, et n'a pas été abaissée par une dose de 15 grains d'antipyrine. Une injection hypodermique d'un grain de morphine est faite pour faire

cesser le mouvement, mais sans résultat. A 9 heures du soir, la température est montée à $41^{\circ},3$; la face est livide et les mouvements très violents.

La malade est lotionnée avec de l'eau tiède, et on fait cesser les mouvements avec du chloroforme. La température cependant reste encore élevée, elle est à 42° à 9 h. 30 ; mais, après une seconde lotion, elle baisse, et à 10 h. 30 elle tombe à $39^{\circ},5$, tandis que la malade dort.

Le 7. — A minuit 30 les mouvements sont très violents, mais ils sont calmés par le chloroforme et une injection hypodermique d'un cinquième de grain de morphine, dont l'effet se continue seulement pendant une demi-heure. On donne de nouveau du chloroforme à 2 heures et à 2 h. 30 du matin. Pendant ce temps, la température s'élève de nouveau à $40^{\circ},5$, mais elle est abaissée par une lotion. A 3 heures du matin, la malade est calme. A 5 h. 30 du matin, le calme continue ; la face est pâle ; la respiration est irrégulière.

Température, $39^{\circ},6$; pouls, 144 ; respiration, 24. Le pouls devient presque imperceptible, les extrémités se cyanosant, et la malade meurt à 6 h. 20 du matin.

A l'autopsie, on trouve le cerveau oedématié. Le cœur présente des végétations sur la mitrale. Les reins et les poumons sont sains.

OBSERVATION III

(Mitchinson. — *Lancet*, 11 mai 1889).

Chorée aiguë mortelle.

Georges L..., âgé de 16 ans, est admis le 21 janvier 1889. Il est atteint d'une chorée bien nette, mais sans caractère excessif. Cette chorée a succédé à une attaque de rhumatisme (première

attaque), huit semaines auparavant. Il raconte qu'il s'est blessé le bras il y a peu de temps. Le premier bruit du cœur est rude à la pointe. On ordonne trois gouttes de liqueur arsénicale, trois fois par jour. On fait des pulvérisations d'éther tout le long de la colonne vertébrale, pendant cinq minutes deux fois par jour; mais, comme elles semblent augmenter les mouvements, on les cesse après le second jour.

Le 25 janvier. — Après avoir reçu quelques visites, il est plus excité et plus agité.

Le 29 janvier. — Il est très excitable; il crie et se jette de tous côtés. On ordonne alors dix gouttes de teinture de belladone et dix grains de bromure de potassium trois fois par jour. Le soir il est plus bruyant, mais il s'endort après une injection hypodermique d'un sixième de grain de morphine.

Le 30. — A 3 heures du soir, il est plus excitable; un sixième de grain de morphine est injecté sans effet. A 5 heures du soir, on donne le chloroforme et les mouvements cessent complètement. La température est à $37^{\circ},3$. Le malade dort, sous l'influence du chloroforme, pendant quarante-huit heures de suite; jusqu'au 1^{er} février 5 heures du soir. Pendant ce temps, il respire huit onces de chloroforme; mais, pendant la seconde moitié de cette période on donne vingt grains d'hydrate de chloral toutes les heures, et cela avec un moindre résultat qu'avec le chloroforme, qui redevient nécessaire pour arrêter les mouvements. On donne chaque fois une dose de chloroforme juste suffisante pour le faire passer de l'agitation au sommeil. Dès que l'effet de chaque inhalation est passé, de légers mouvements commencent dans les pieds, et une autre inhalation devient nécessaire. On l'alimente au moyen de la sonde nasale, par laquelle on introduit, toutes les quatre heures, six onces d'œufs et de lait et une cuillerée à thé d'eau-de-vie. La vessie est vidée avec une sonde.

Le 1^{er} février. — A 10 heures du matin, la température est de

36°,5. A partir de ce moment, elle s'élève uniformément jusqu'à neuf heures du soir. Elle est alors à 39°,2. Pouls 150. Respiration 36. A cinq heures du soir, on cesse le chloral et le chloroforme, parce que le pouls présente des signes de faiblesse. Les mouvements choréïques reprennent, mais avec une beaucoup plus faible intensité. Le murmure systolique a beaucoup augmenté.

Le 2. — Le température s'élève d'une manière invariable jusqu'à 11 heures du matin, où elle atteint 40°,6. A quatre heures du soir, elle est à 40°,1, après une lotion qui l'a fait un peu baisser. Le pouls et la respiration sont très faibles. A cinq heures du soir, la température tombe à 37°,4; et à 5 h. 10 le malade meurt. Le pouls était devenu imperceptible plusieurs minutes avant que la respiration ait cessé. Quinze minutes après la mort la température (prise dans le rectum) est à 38°,8.

A l'autopsie, on trouve de l'œdème du cerveau et des végétations sur la valvule mitrale.

OBSERVATION IV

Cook et Clifford *Beale Brit. journ.*, avril 1888.

Chorée rapidement mortelle; morte en 130 heures.

A. C., âgée de neuf ans atteinte de chorée, est amenée à l'hôpital le 27 octobre 1887. Sa mère raconte que le 25 octobre, son enfant a eu quelques difficultés à mettre ses bas à cause d'une légère perte de direction de son bras et de sa jambe gauche. Le lendemain matin, elle a remarqué des spasmes de la bouche et des yeux; et depuis les mouvements irréguliers se sont généralisés, quoique restant plus marqués du côté droit. L'enfant a de la difficulté à manger; elle dort mal et a eu un léger délire dans la nuit,

quelquefois elle crie et se plaint d'une douleur dans l'hypocondre gauche.

Elle est très altérée. Les évacuations sont normales et n'ont jamais été inconscientes. L'enfant est saine. Elle a eu il y a deux ans, la scarlatine, mais il n'en est rien resté. Elle n'a pas éprouvé de frayeur, elle n'a pas non plus été dans la société d'enfants choréïques, elle n'a jamais rendu de vers.

Le jour de son entrée, le 27, l'enfant paraît très malade, la face est congestionnée, la peau est chaude, et le visage exprime la terreur. Les mouvements choréïques sont violents, et sa mère dit qu'ils deviennent d'heure en heure plus violents. Le pouls est très rapide, il varie entre 160° et 170°, mais la respiration est seulement un peu accrue. Après un examen soigneux du cœur, on trouve un bruit systolique bref, à la pointe, qui est dans sa position normale. L'auscultation des poumons fait découvrir quelques râles disséminés, la respiration est régulière. L'enfant fait continuellement du bruit avec ses lèvres, et projette fréquemment sa langue en avant, mais elle n'a pas de difficulté pour avaler.

28 octobre. — La malade a très peu dormi, elle est agitée, elle a du délire et quelquefois elle crie. Pendant le jour, les mouvements deviennent si violents, qu'il est nécessaire de l'attacher pour empêcher qu'elle se blesse. Les selles sont involontaires, il en est de même de l'émission d'urine, mais on peut en recueillir d'une petite quantité qui est exempte d'albumine. La langue est blanche et moite, mais les lèvres sont sèches et fendillées. La température s'est un peu élevée sans jamais dépasser 38°3. Les battements du cœur sont rapides, et le pouls devient imperceptible. Le jour suivant, la déglutition devient irrégulière. L'enfant est très agitée, crie continuellement et fait entendre des sons inarticulés. La respiration devient irrégulière et saccadée, et la malade meurt subitement le soir même. La maladie évolua complètement entre le matin du 25 et le soir du 30 octobre.

A l'autopsie. — On trouve les deux poumons très congestionnés à la base, et la plèvre gauche adhérente. Les cavités droites du cœur sont dilatées et flasques et contiennent des caillots fibreux et un peu de sang liquide brunâtre. La surface auriculaire de la valvule tricuspide présente des foyers de congestion punctiformes. Le ventricule gauche est contracté, son tissu musculaire est normal. La surface auriculaire de la valvule mitrale présente, entre son bord d'insertion et son bord libre, de nombreux petits foyers de congestions punctiformes, spécialement marqués sur le bord adhérent. Les insertions des cordages tendineux au bord libre de la valvule présentent des végétations lymphatiques, sur quelques-unes desquelles sont attachés des caillots fibreux faiblement colorés. On ne peut découvrir aucune altération nette sur la surface de l'endocarde. Le cerveau et la partie supérieure de la moelle sont sains, sauf une anémie extrême du bulbe. A la coupe, ces parties paraissent tout-à-fait normales. Les autres organes sont sains.

OBSERVATION V

James Russel. *Medical Times*, juillet 1881.

Jeune fille de quatorze ans, tempérament égal jusqu'alors. Emotion vive à la mort de son père.

Le jour même de cette mort, elle est prise d'une attaque de rhumatisme qui la tient trois semaines au lit. Six mois plus tard, après une seconde attaque de rhumatisme, elle est prise subitement de chorée. Les mouvements se généralisent en une nuit. Le sommeil est impossible et les mouvements continuent nuit et jour sans rémission. La chorée prend rapidement une forme des plus violentes. L'articulation des mots et la déglutition deviennent impossibles, et elle meurt le dixième jour après le début de l'attaque

de chorée. Pendant la nuit elle appelait souvent son père, dont la mort soudaine semble avoir été la cause de ses désordres nerveux. L'autopsie fut refusée. On ne put s'assurer de l'état du cœur.

OBSERVATION VI (Résumée)

Hannequin. Thèse de Paris, 1883.

Blanche Biochon, 18 ans, institutrice, entre le 6 février 1881, salle Sainte-Thérèse, n. 7, service de M. Grancher, hôpital Necker.

Antécédents héréditaires. — Rien de net.

Antécédents personnels. — Jamais de maladie sérieuse. Pas de rhumatisme ni de chorée, un peu nerveuse et impressionnable.

La maladie actuelle remonte à une huitaine de jours. Début par des douleurs dans quelques jointures, puis grimaces et convulsions dans tout le côté droit du corps.

Etat actuel. — 7 février. — Agitation extrême, il faut fixer des planches de chaque côté de son lit. Mouvements choréïques très étendus du membre supérieur droit. Le bras gauche habituellement immobile, présente de temps en temps quelques mouvements analogues à ceux du côté opposé, mais moins étendus. Les doigts présentent aussi quelques mouvements isolés ; de temps en temps, la malade s'assied sur son lit brusquement et fait de tout le tronc des mouvements de salutation très étendus.

Les membres inférieurs restent à peu près immobiles.

Quelques spasmes du pied et des orteils.

Figure constamment grimaçante. Langue projetée hors de la bouche. Arcades dentaires successivement écartées et rapprochées

avec violence. De temps en temps, strabisme interne de l'œil droit.

Sensibilité partout intacte. Articulation radico-carpienne et du genou gauche tuméfiées et douloureuses. Facultés mentales profondément atteintes. La malade ouvre de grands yeux quand on lui parle et pour toute réponse : « maman ! » ou tout autre mot insignifiant.

La compression de l'un ou l'autre ovaire indistinctement paraît calmer momentanément l'intensité des mouvements choréïques et détermine en même temps une sensation d'angoisse.

Langue sèche. Fièvre assez vive. Rien au cœur.

Le 12. — Les mouvements convulsifs après avoir notablement diminué reprennent, et se produisent maintenant d'une façon à peu près égale des deux côtés du corps.

Le 14. — Insomnie depuis deux jours. La malade paraît légèrement abattue. Les spasmes musculaires sont peut-être un peu plus prononcés qu'hier. Langue légèrement tuméfiée. La parole et la déglutition sont difficiles.

Vers quatre heures du soir l'état devient beaucoup plus grave. Glossite. Dyspnée très marquée et léger degré de tirage sus-sternal. Régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne très tuméfiées. Visage pâle et lèvres rosées. Respiration plus irrégulière que difficile, et des inspirations fréquentes, pressées et bruyantes, succèdent des inspirations plus faciles et plus rares. Pouls très petit, presque insensible. On entend à peine les battements du cœur. On pense à une détermination rhumatismale du côté du bulbe.

A 9 heures du soir, mort presque subite, sans augmentation notable de la dyspnée, sans coloration cyanotique de la face.

Autopsie. — Langue considérablement tuméfiée.

Épiglotte et replis épiglottiques souples ; cordes vocales et larynx sains.

Les deux poumons crépitent peu et donnent la sensation du

duvet. A la coupe le tissu est lisse, rouge, sec, légèrement crépitant.

Cœur contient des caillots, normal par ailleurs, cerveau, moelle et bulbe paraissent absolument normaux à l'œil nu. Ni les méninges, ni la substance nerveuse, ne présentent rien de particulier à noter.

OBSERVATION VII (Résumée).

(Donkin et Hebb. — *Méd. Times*, 1884).

Chorée; mort avec symptômes de manie aiguë.

A. G..., jeune fille de 20 ans, tailleuse, entre à l'hôpital de Westminster, le 30 juillet 1884, pour des mouvements choréïques généralisés. Elle est dans un état de grande agitation; aussitôt son entrée, elle frappe les infirmières et descend les escaliers en courant et en jetant des cris perçants. Bientôt cependant, elle devient plus calme et se met au lit.

L'histoire de cette jeune fille apprend qu'elle a été « très délicate » jusqu'à l'âge de quatorze ans. Elle a eu la scarlatine à quatre ans et elle n'a jamais été malade depuis. Elle n'a jamais eu de rhumatismes. Le père de la malade avait de fréquentes attaques de délirium tremens, et causa une grande inquiétude à sa mère deux mois avant sa naissance. Deux mois avant son admission, la malade eut une grande frayeur; elle fut obligée de rester tout une nuit dans un train, qui avait dû s'arrêter en raison de quelque accident. Aussitôt après, elle sentit de l'engourdissement des jambes, une grande nervosité et des maux de tête; l'appétit fut perdu, et il survint une faiblesse graduelle de la vue. Le 26 juillet, elle remarqua qu'elle laissait échapper ce qu'elle tenait dans les mains; des mouvements choréïques se montrèrent dans la langue et se généralisèrent rapidement.

Au moment de son entrée, l'auscultation du cœur fait entendre un bruit systolique à la pointe; les battements sont irréguliers. La respiration est saccadée.

31 juillet. — Pendant la nuit, la malade a été très agitée, mais elle n'a pas eu de délire. Elle se plaint de palpitations, et dit ressentir une boule dans la gorge. Pendant ce jour, elle mange bien, mais elle est très loquace et il lui est impossible de dormir.

1^{er} août. — Elle n'a pas dormi la nuit passée. Ses règles ont commencé à quatre heures du matin. La malade a eu du délire toute la nuit, et ce délire continue toute la journée. Elle croit sa mère morte, et la voit dans la salle voisine. Elle est très surexcitée et incohérente. Elle refuse de prendre le chloral qui lui a été ordonné, devient furieuse, saute à bas de son lit et frappe l'infirmière. Adix heures du soir, on lui fait une injection de morphine, et on en refait une seconde deux heures après.

2 août. — A deux heures du matin (deux heures après la seconde injection hypodermique), elle s'endort. Le sommeil dure deux heures et demi. Elle se réveille alors brusquement, et il est presque impossible de la maintenir. A six heures du matin sa fureur cesse subitement et elle dort de nouveau deux heures. Au réveil, les mouvements sont très violents, mais par ailleurs la malade est calme. Vers trois heures du soir, elle redevient subitement violente, chasse sa gardienne hors de la chambre, s'enferme et brise les meubles. On s'en rend maître avec beaucoup de peine, et on lui fait une injection de morphine, mais elle continue à délirer pendant deux heures. Alors elle commence à s'épuiser et tombe dans l'assoupissement. A six heures du soir, l'infirmière remarque un changement soudain dans sa respiration, et, s'approchant de son lit, la trouve morte. La température, prise immédiatement, est de 41°,5. Le matin, la température était de 37°,7, et les jours précédents elle avait oscillé entre 36°,5 et 37°,5.

L'autopsie fut faite 36 heures après la mort. Le corps était bien

conformé. La décomposition du cadavre était très avancée. Le cerveau pesait 50 onces. La dure-mère était partout adhérente aux os ; cependant les méninges et leurs vaisseaux sanguins paraissaient normaux. Le cerveau présentait une couleur verte ; il était très mou, spécialement dans son tiers antérieur, où, par endroits, il était presque liquide. Les parois des ventricules étaient très altérées, quoique leurs cavités ne paraissaient contenir aucun excès de liquide. Le cervelet ne présentait rien de particulier à noter. La moelle, qu'on garda pour l'examen microscopique, était entièrement ferme, excepté à la partie inférieure de la région cervicale. La plèvre droite était adhérente dans toute son étendue, la plèvre gauche était normale. Les sommets des deux poumons contenaient d'anciens tubercules. Les ganglions du médiastin étaient très volumineux. L'un d'eux, caséeux et calcifié, avait la grosseur d'un œuf de pigeon. Le péricarde était normal. Le cœur était tout-à-fait normal, sauf une teinte noirâtre de l'endocarde et la mollesse de son tissu musculaire. On fit un examen soigneux des valvules, mais on n'y pût trouver aucune altération. A la naissance de l'aorte, il y avait plusieurs plaques athéromateuses en voie de formation et très petites. Rien de particulier à noter dans le foie, la rate, le conduit gastro-intestinal et la vessie. Les pyramides rénales avaient une coloration rouge foncée, tandis que la région corticale était pâle et épaissie. Le poids des reins était de 4 $\frac{3}{4}$ et 5 onces. L'utérus occupait sa situation normale. Sa cavité contenait un liquide sanieux peu abondant. L'ovaire gauche contenait un récent follicule de menstruation. L'hymen était circulaire. On pratiqua, pour l'examen microscopique, des corps sur les régions cervicale, dorsale et lombaire de la moelle. On n'y trouva aucune altération pathologique. La substance grise présentait un état anormal tenant sans doute à un développement embryonnaire vicieux. On trouva dans les vaisseaux sanguins de la moelle de nombreux micro-organismes en forme de bâtonnets.

OBSERVATION VI

(Evan Powel. Brain 1889).

Chorée mortelle avec folie.

Albert S..., âgé de dix-neuf ans, célibataire, est admis à l'Asile de Nottingham Borough, le 16 septembre 1885.

Antécédents héréditaires. — Père mort de phthisie ; mère probablement syphilitique et ayant eu une attaque de rhumatisme aigu à l'âge de seize ans.

Antécédents personnels. — Il y a six semaines, léger rhumatisme des épaules. Trois semaines plus tard, violentes douleurs dans les pieds, ainsi que de la douleur et de la raideur dans les mollets qui rendent la station debout impossible. Il se repose dix jours et reprend son travail. Trois jours plus tard, spasmes dans le bras gauche et le côté gauche de la face, qui augmentent graduellement, atteignent le côté droit trois jours après, et se généralisent. En outre, le malade est atteint de manie et en proie à du délire et à des hallucinations. Il est de constitution nerveuse et excitable, et, avant cette attaque, il a déjà eu des hallucinations mentales.

Au moment de l'entrée, tous les muscles volontaires sont atteints de mouvements de chorée aiguë. La station debout est impossible sans appui ; les traits sont contorsionnés ; les yeux sont hagards ; il ne peut prononcer une parole intelligible. La langue est sèche et fissurée, les lèvres sont crevassées, saignantes, et recouvertes de fuliginosités. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière. Le pouls est fort, mais ne peut être compté. La température est normale. Pas d'enflure ni de sensibilité d'aucune jointure. Le cœur présente un bruit systolique fort à la pointe ; il y a 170 battements. L'urine est acide, avec une trace d'albumine ; sa quantité

est de 1030 grammes. La déglutition est très difficile. Le malade jette autour de lui des regards égarés, il est surexcité et soupçonneux. Il parle beaucoup, mais ses paroles sont inintelligibles.

Pendant les trois ou quatre premiers jours de son admission, les mouvements choréïques diminuent graduellement, mais l'état mental ne change pas.

Le malade est violent ; il croit que sa nourriture est empoisonnée. Le sommeil n'est obtenu chaque nuit que par l'administration de chloral. Les mouvements cessent complètement pendant le sommeil. Le traitement consiste en une nourriture abondante et de digestion facile, et en l'administration trois fois par jour d'une mixture de 5 gouttes de liqueur arsénicale et 10 gouttes de teinture de digitale. Pendant les dix jours suivants, le rétablissement fit des progrès constants. L'aliénation diminue aussi, mais le caractère irritable et soupçonneux persiste. L'appétit pendant ce temps est énorme, et la soif n'est qu'à peine satisfaite. Il prend rapidement de l'embonpoint, et ne gagne pas moins de dix-neuf livres et demi en douze jours. A la fin de ce temps, quatorze jours après son entrée, il survient une rechute ; tous les symptômes réapparaissent et atteignent rapidement le degré le plus grave. Les mouvements deviennent si violents qu'il faut l'enfermer dans une chambre capitonnée par crainte des contusions. Ni le chloral, ni les autres sédatifs ne peuvent amener aucun soulagement ; et l'alimentation par la bouche devient impossible. Il s'épuise rapidement et tombe dans un état de semi-coma. La mort arrive cinq jours après la rechute, et environ six semaines après le début de la maladie.

Autopsie (16 heures après la mort). — A l'ouverture du crâne, le cerveau présente un aspect très congestionné ; tous les vaisseaux et les sinus sont dilatés. La dure-mère est adhérente tout le long du sinus longitudinal. L'arachnoïde n'adhère pas au tissu du cerveau, mais elle présente un aspect laiteux sur les circonvo-

lutions ascendantes des deux hémisphères. Le liquide sous-ara-chnoïdien est en léger excès. Le cercle de Willis est incomplet, il n'y a pas de communication artérielle postérieure du côté gauche. Le seul état anormal que présente à l'œil nu la matière cérébrale consiste en une hyperhémie intense. La moelle paraît normale à l'œil nu. Les poumons vides d'air, sont presque exsangus. Le cœur présente de nombreuses et petites végétations sur la valvule mitrale, dont les bords sont épaissis. Pas d'autres signes d'endocardite. Les autres organes sont sains.

OBSERVATION IX

(Evan Powell, Brain 1889).

Chorée mortelle avec folie.

Clara D..., âgée de vingt ans, célibataire, mécanicienne, admise le 19 juin 1888.

Antécédents héréditaires. — Bons. Pas de rhumatisme. Pas de maladie de cœur, ni d'affection nerveuse.

Antécédents personnels. — Fille bien portante et calme : elle n'a jamais eu aucune maladie, jusqu'à la présente attaque. Il y a six semaines, menstruation irrégulière, et ces trois dernières semaines elle est un peu abattue. Cela fut considéré dans son entourage comme de l'hystérie. Elle garde le lit depuis quatre jours, pleurant presque continuellement (C'est le moment de ses règles). C'est alors qu'apparaissent dans les membres et dans la face des mouvements choréïques, qui deviennent de plus en plus violents. Deux semaines après, elle est atteinte d'aliénation mentale, avec hallucinations de l'ouïe et de la vue. Ses mouvements sont si violents, qu'il faut quatre personnes pour la maintenir. Cet état dure jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Au moment de l'entrée, les mouvements choréïques de tous

les muscles volontaires sont continus, mais les spasmes ne sont pas violents et sont augmentés par l'effort de la volonté.

Pas d'excitation mentale; calme apparent de ce côté. Il est difficile de comprendre ce qu'elle dit à cause des spasmes des muscles de la langue. Elle est très épuisée. Autant qu'on peut s'assurer, la respiration est normale, et le cœur ne présente rien d'anormal. Toutefois le cœur bat très rapidement, 140 fois par minute. Le pouls est faible. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière, il y a du nystagmus des deux yeux. La température est de 39°, 1. 1020 grammes d'urine, acide, avec un dépôt muqueux, de l'albumine, pas de sucre. Elle a, en ce moment ses règles. La première nuit de son entrée, elle dort deux heures, pendant lesquelles les mouvements choréïques cessent entièrement. Le reste de la nuit, elle est très agitée, elle crie, et ses mouvements sont plus violents. Le jour suivant elle est mieux; elle a l'esprit plus calme, et les spasmes ont beaucoup diminué, mais elle est très faible et très fatiguée. Depuis ce moment jusqu'à sa mort, c'est-à-dire pendant une semaine, elle ne présente pas d'autres symptômes nouveaux que ceux d'un épuisement graduel. Les mouvements choréïques ont presque entièrement cessé, mais les spasmes de la face persistent jusqu'à la fin. Ses facultés intellectuelles restent nettes jusqu'aux deux derniers jours de sa vie. A ce moment elle tombe dans un état de demi-conscience qui se continue jusqu'à la mort.

Autopsie (neuf heures et demi après la mort). — A l'ouverture du crâne, les vaisseaux de la dure-mère paraissent congestionnés. C'est aussi de la congestion que présentent les autres membranes et la matière cérébrale. Le liquide sous-arachnoïdien est un peu en excès. Le poids du cerveau entier est de 44 3/4 onces. La moelle paraît normale à l'examen à l'œil nu. *Cœur* : Bords de la valvule mitrale légèrement épaissis, mais pas de végétations; les autres valvules sont saines. Tous les autres organes sont sains.

sauf l'utérus, dont la cavité est agrandie et qui présente une membrane muqueuse congestionnée avec une ulcération de l'étendue d'un demi pouce.

OBSERVATION X (inédite).

Marie D..., âgée de seize ans, exerçant la profession de lingère, entre le 7 octobre 1891, dans le service de M. le Dr Joffroy, à la Salpêtrière.

Antécédents héréditaires. — Obscurs. Le père de la malade est asthmatique (cardiaque ?). La mère est d'un caractère très nerveux, sans cependant avoir jamais eu d'attaques de nerfs.

Antécédents personnels. — Avant l'apparition des mouvements choréïques, Marie D... n'a jamais été malade. Elle n'a point présenté d'accidents analogues, n'a pas eu de douleurs rhumatismales, etc. D'un caractère nonchalant et indifférent elle n'a jamais été d'une susceptibilité ou d'une impressionnabilité marquées.

Les premières règles ont apparu il y a deux ans (à 14 ans). Mais elles ont toujours été très irrégulières, puisqu'une fois la malade est restée cinq mois sans les voir. Chaque fois que les règles reparaissent, il y a de vives douleurs abdominales et un écoulement sanguin très abondant.

Peu de temps avant le début de la chorée, Marie D... accusait des douleurs vagues dans la mâchoire, dans les bras et au niveau des articulations. Elle éprouvait une sensation de froid aux coudes. Cependant ces troubles furent assez peu accentués pour permettre la continuation du travail.

Environ quinze jours avant son entrée à l'hôpital, la malade dit avoir eu une grande frayeur et elle attribue à cette vive impression les accidents qu'elle présente actuellement. Elle était allée avec

deux de ses amies à une fête publique dans un des faubourgs, là, trois individus poursuivirent les jeunes filles.

Le soir même, les premiers mouvements choréïques se montrèrent. Ils débutèrent par le bras droit ; puis la langue se prit, puis la face et, en dernier lieu, le côté gauche du corps, sans que les parties primitivement envahies revinssent à l'état normal.

Actuellement (8 octobre 1891), la malade est au lit où elle présente des mouvements presque continuels de tout le corps. Les doigts s'agitent sans cesse. A chaque instant la tête se déplace, la face devient grimaçante, la langue sort de la bouche. Le tronc et le bassin sont également animés de mouvements. D'une façon générale, le côté gauche du corps semble le plus atteint.

La malade, assez indifférente, a le teint pâle et se plaint de la faiblesse de ses jambes, faiblesse qui rend la marche presque impossible.

L'examen de la sensibilité permet de reconnaître : que la sensibilité à la douleur (piqûre d'épingle) est amoindrie dans la moitié gauche du corps. La langue tout entière est insensible. On peut y enfoncer assez profondément une épingle, sans provoquer de sensation douloureuse. Il est difficile d'apprécier les modifications de l'odorat et impossible de prendre le champ visuel. Mais la conjonctive gauche est anesthésiée, tandis que la cornée conserve sa sensibilité. Le réflexe pharyngien est aboli. Il n'y a pas de zones d'hypéresthésie.

Les troubles de la motilité sont en outre de la faiblesse des membres inférieurs déjà signalée, une diminution de la puissance musculaire des bras. Le dynamomètre, difficilement saisi, donne :

Pour la main droite, 20 kilogrammes.

— gauche, 12 kilogrammes.

(Une pression moyenne arrive facilement à déplacer l'aiguille de l'instrument jusqu'au n° 40).

Du côté du cœur, on note la fréquence des pulsations :

80, à une première expérience au repos.

111, après quelques mouvements volontaires.

105, également après quelques mouvements.

79, au repos.

La force du choc cardiaque donne lieu à un battement que la malade accuse lorsque l'on attire l'attention de ce côté. Elle se plaint également d'une gêne précordiale.

L'auscultation révèle un souffle doux de la base, probablement anémique ; un bruit anormal très léger à la pointe (souffle ou frottement) ne se propageant pas vers l'aiselle.

9 octobre 1891. — On a pu constater que pendant le sommeil les mouvements choréiques cessent. L'examen des urines, fait ce même jour, n'y dénote rien d'anormal :

Par litre : Urée..... 20 gr. 50

Phosphates..	1	394	{	ph. alcalins 1,08
				ph. terreux 0,314

(Examen fait par M. Dupin, pharmacien du service).

Le 12 octobre 1891. — L'état général reste le même, l'intensité des mouvements ne se modifie en rien. Le pouls de la malade donne au repos : 79 pulsations. Après lui avoir fait faire une vingtaine de pas dans la salle, on trouve 105 pulsations. Quelques instants après il est à 102 pulsations.

L'amélioration dans la marche est manifeste ; les membres inférieurs ne sont plus parésiés et l'incoordination motrice ne suffit pas à empêcher la station verticale. Les bras se maintiennent peut-être un peu mieux dans une position horizontale.

Mais les mains sont moites et froides ; il y a quelques irrégularités dans les mouvements respiratoires et cardiaques.

15 octobre 1891. — Dans la journée, la malade meurt subitement. Ne l'entendant plus s'agiter comme d'habitude dans son lit,

on s'approche croyant qu'elle était endormie. Quelques instants auparavant, la surveillante avait remarqué que les mouvements avaient pris une fréquence et une intensité qu'ils n'avaient jamais présenté jusque-là.

Il fut impossible de faire l'autopsie.





CONCLUSIONS

1° La mort dans la chorée de Sydenham est très souvent causée par des complications cardiaques.

2° Elle peut être causée par de la chorée elle-même.

3° Le plus souvent la mort peut être prévue, soit par la gravité même de la chorée, soit par des complications survenant dans son cours.

4° Quelquefois la mort arrive subitement dans une chorée peu grave en apparence, et alors qu'aucune complication ne pouvait la faire prévoir.

5° Il y a lieu, pour le pronostic de la chorée de Sydenham, de tenir compte de la mort subite.

Vu par le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bouteille.** — Traité de la danse de Saint-Guy. Paris, 1810.
- Rufz.** — Recherches sur quelques points de l'histoire de la chorée chez les enfants (Arch. gén. de méd., 1834).
- Blache.** — Art. chorée, in Dictionnaire en 30 vol., 1834.
- G. Sée.** — De la chorée et des affections nerveuses, etc. (Mém. de l'Acad. de méd., 1850).
- Leudet.** — Sur les chorées sans complications terminées par la mort (Arch. gén. de méd., 1853, t. II).
- J. Simon.** — Art. chorée in Dict. de méd. et chir. prat. Paris, 1867.
- H. Roger.** — Recherches cliniques sur la chorée, sur le rhumatisme et sur les maladies du cœur chez les enfants (Arch. génér. de méd., 1868).
- Rosenthal.** — Traité des maladies du syst. nerv. (Trad. de Lubansky, Paris, 1878).
- Trousseau.** — Clinique méd., tome II.
- Rilliet et Barthez.** — Traité des maladies de l'enfance, t. I.
- Buchanan Baxter.** — Observation de chorée avec endocardite végétante ; hémorrhagie cérébrale mortelle intercurrente (Brain, p. 124. Avril 1879).

- Sturges.** — Quelques chiffres statistiques sur la mortalité dans la chorée (*The Lancet*, 15 juillet 1880).
- Raymond.** — Art. danse de Saint-Guy, in *Dict. des sciences méd.*, Paris, 1880.
- James Russel.** — *Med. Times*, juillet 1881, p. 63.
- Hannequin.** — De la chorée rhumatismale considérée comme une variété de rhumatisme cérébral et de la mort dans la chorée (Thèse de Paris, 1883).
- Despine et Picot.** — *Maladies de l'enfance*, 1884.
- Hebb.** — Observation de chorée ; mort avec symptômes de manie aiguë (*Med. Times*, 29 nov. 1884).
- Grasset.** — *Maladies du système nerveux*, 1886.
- Lannois.** — *Nosographie des chorées* (Thèse d'agrég. Paris, 1886).
- Charcot.** — *Leçons du mardi*, 1887-88.
- Schwaz.** — Un cas de chorée par imitation terminée par la mort (*Pester med. chir. Press*, n° 29, 1888).
- Cook et Clifford Béale.** — Chorée rapidement fatale, mort en 130 heures (*Brit. med. Journ.* avril 1888, p. 795).
- Powell.** — Deux cas de chorée mortelle avec folie (*Brain* 1889, vol. XII, p. 157).
- Mitchinson.** — Deux cas de chorée aiguë mortelle (*The Lancet*, 11 mai 1889).
- Bonnaud.** — De la chorée infantile d'après 235 observations (Thèse de Lyon, 1890).
- Perret et Devic.** — De la nature de la chorée infantile d'après 235 obs. inéd. (*Province médicale*, 13 déc. 1890 et 3 janv. 1891).
- E. W. Goodall.** — Analyse de 262 cas de chorée (in *Rev. d'Hayem*, 1891).
- G. Sée.** — Chorée et rhumatisme (*Médecine méd.*, 22 oct. 1891).

G. Sée. — Types principaux d'observations de chorée rhumatismales recueillies de 1845 à 1850 (Med. mod., 21 et 28 janv. 1892).

Triboulet. — Du rôle possible de l'infection dans la chorée (Thèse de Paris, 1893).

Breton. — État mental dans la chorée de Sydenham (Thèse de Paris, 1893).

A. Joffroy. — De la folie choréïque ; définition et nature de la chorée (Semaine méd., 25 février 1893, p. 89).



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE I. — Fréquence de la mort dans la chorée.	7
CHAPITRE II. — Des causes de la mort.	12
CHAPITRE III. — De la mort par complications cardiaques.	19
CHAPITRE IV. — De la mort par hémorrhagie cérébrale.	32
CHAPITRE V. — De la mort sans complications.	35
CHAPITRE VI. — De la mort subite.	41
OBSERVATIONS	44
CONCLUSIONS.	66
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	67



